

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**A CONCEPÇÃO DE DEMANDA EM SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tamara Alexandra Arias Schutel

**Florianópolis
2015**

TAMARA ALEXANDRA ARIAS SCHUTEL

**A CONCEPÇÃO DE DEMANDA EM SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção
do título de especialista em
saúde da família - modalidade
residência pela Universidade
Federal de Santa Catarina.
Orientador: Profº Drº Jeferson
Rodrigues.

**Florianópolis
2015**

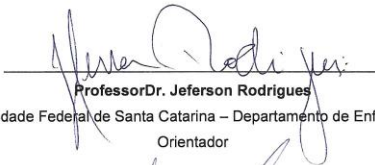
TAMARA ALEXANDRA ARIAS SCHUTEL

**A CONCEPÇÃO DE DEMANDA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

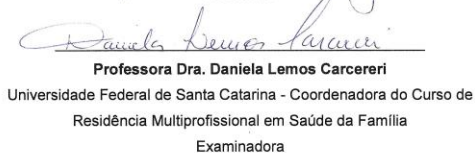
Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a
obtenção do título de Residente em Saúde da Família. Centro de Ciências da
Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 25 de fevereiro de 2015

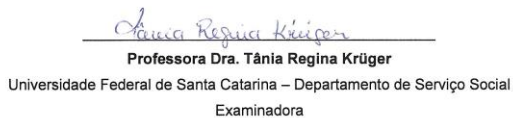
BANCA EXAMINADORA



Professor Dr. Jeferson Rodrigues
Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Enfermagem
Orientador



Professora Dra. Daniela Lemos Carcereri
Universidade Federal de Santa Catarina - Coordenadora do Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Examinadora



Professora Dra. Tânia Regina Krüger
Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Serviço Social
Examinadora

**Este trabalho é dedicado a minha filha
Cláudia Schutel Fischer, que é o motivo
principal do esforço despendido até
aqui.**

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de uma longa caminhada, na qual não trilhei sozinha, por isso, quero agradecer primeiramente a Deus por ser lâmpada para os meus pés e luz para o meu caminho, por sua infinita bondade e amor.

Ao meu marido, Eduardo, pela compreensão nas minhas ausências, meu amparo nas crises, pelo pai maravilhoso e dedicado a nossa pequena. Agradeço também a minha filha Cláudia, por todo amor em cada sorriso, em cada abraço e em cada carinho, a vocês, Eduardo e Cláudia, o meu muito obrigada mais que especial.

A minha mãe por sempre acreditar em mim, pelo apoio, entusiasmo e amor. As minhas irmãs, Paloma, Suellen e Sara, que são minhas referências, meu porto seguro.

As minhas amigas Flávia Veiga e Bruna Araújo, mesmo distantes vocês são afago para o meu coração.

A minha querida amiga e eterna Professora Vera Herweg Westphal, muito obrigada pelo carinho, orientação e incentivo, você é meu exemplo de pessoa e profissional.

Ao amigo e incentivador, médico psiquiatra, Dr. Flávio Vicente. Obrigada por todo apoio e respeito ao meu trabalho, pelos materiais fornecidos, por ser meu contraponto, um equilíbrio na balança.

Ao meu orientador prof. Dr. Jeferson Rodrigues, foram meses de “desconstrução e construção” de “idas e vindas”, aprendi muito nesse período, agradeço pela dedicação, paciência e confiança. Tenho certeza que a Saúde Mental tem um grande professor e militante. Foi uma honra ser sua orientada. Otimismo sempre!!

Ao longo desses dois anos pessoas maravilhosas dividiram comigo expectativas, angustias, sucessos e alegrias, a vocês, Dâmaris, Tamires e Mariá, muito obrigada pelo companheirismo, vocês tornaram esse período mais leve e divertido. A minha “tropa de elite – CS Prainha”, Daniela, Loana, Camila, Lilian, Cristiano, Lauren e em especial a maravilhosa assistente social Aline Mariza de Souza, minha “pseudo preceptora”, amiga, confidente, parceira de aventuras... Muito obrigada pela recepção, carinho, ensinamento, risadas, desafios, choros e vitórias!!!! A melhor equipe de saúde!!!

A querida professora Tânia, que gentilmente aceitou participar da banca examinadora desse trabalho, quem me incentivou a fazer a residência e principalmente a concluí-la. A você toda minha admiração e respeito, que seja apenas o começo de novos horizontes.

A professora Daniela Carcereri que no último ano me conquistou com seu otimismo e bom humor, obrigada por aceitar compor a banca examinadora deste trabalho.

Aos profissionais que me receberam nos diversos campos de estágio, em especial a equipe de serviço social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – Ipq-SC. Carolina e Márcia, vocês são referências na minha atuação profissional. Muito Obrigada.

A todos os tutores, preceptores e demais residentes.

Enfim, o meu muito obrigada a população atendida pelo centro de saúde da Prainha e aos ACS, sem vocês nada disso seria possível!

Obrigada!

Apresentação

Este trabalho é requisito parcial para obtenção do título de especialista em saúde da família – modalidade residência, que será apresentado em forma de artigo, estando formatado conforme as diretrizes de publicação da Revista Ciência & Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), a qual será submetida posteriormente.

**A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à
Saúde**

The concept of mental health demand in Primary Health Care

Tamara Alexandra Arias Schutel¹, Jeferson Rodrigues²

¹ Assistente Social. Residente em saúde da família pela Universidade Federal de Santa Catarina. Email: tamara_schutel@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Especialista em Atenção Psicossocial. Professor Adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Email: jeferson.rodrigues@ufsc.br

RESUMO - Objetivo: analisar a concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Materiais e métodos:** dados oriundos de uma revisão integrativa de literatura. A busca foi realizada em quatro bases de dados interdisciplinares, LILACS, Scielo Brasil, Index Psi e BDNF. Foram realizados o cruzamento de 30 descritores relacionados à temática abordada, resultando em 190 artigos dos quais foram selecionados 14 dentro dos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** os dados foram sistematizados a partir de duas categorias de análise: a) concepção interparadigmática de demanda em saúde mental na APS e b) desafios para respostas às demandas em saúde mental na APS. **Conclusão:** constatou-se que as concepções de saúde mental na APS estão pautados nos manuais clínicos de inferência biomédica, trazendo a tona a prioridade em rever a concepção de demanda em saúde mental para a consolidação da reforma psiquiátrica e a prática profissional.

Palavras-chave: Demanda; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Desde a década de 1990 a atenção à Saúde Mental como estratégia de cuidado tem-se direcionado para o território, a comunidade e com foco na pessoa em sofrimento psíquico, considerando seu contexto social e familiar. Esta característica torna-se possível pelo movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil a partir do reconhecimento da falência do sistema hospitalocêntrico, estritamente medicamentoso e biomédico.

Neste sentido, ao longo dos anos, através de inúmeros movimentos que aconteceram no cenário internacional, a exemplo da Psiquiatria Democrática na Itália e mais recentemente no cenário nacional o Movimento de Luta Antimanicomial, o louco e a loucura sofreram ressignificações, tendo como prioridade um cuidado que se ocupe da pessoa.

A reforma psiquiátrica junto a suas dimensões epistemológica, jurídico-política e sócio-cultural, propõe em seu conjunto de prática a implementação de serviços substitutivos com bases territoriais e de atenção psicossocial, para integrar e reabilitar as pessoas em sofrimento psíquico no território e sociedade. Para avançar este pressuposto, no ano de 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia tem como finalidade ampliar e promover o acesso da população, em especial as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, através da integração entre os diversos serviços nas regiões de saúde¹.

A RAPS como articuladora dos pontos de atenção em saúde mental, integra os serviços através das linhas de cuidado e encontra na

Atenção Primária à Saúde (APS) seu componente ordenador. A APS tem como um dos seus objetivos facilitar o acesso ao sistema de saúde, incluindo situações que necessitem de atenção em Saúde Mental. Considera-se que esse é um espaço privilegiado para estimular os vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre usuários, gestores e profissionais de saúde, juntamente com a comunidade, sustentado no conceito ampliado de saúde, intervindo nos fatores de vulnerabilidade e fortalecendo as potencialidades expostas no território².

A APS através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tornou-se um modelo de atenção à saúde privilegiado para a superação do modelo curativo e hospitalocêntrico, na medida em que está mais próxima da população e tem como um dos seus princípios o cuidado longitudinal. O acesso que a APS permite aos usuários abre espaço para o reconhecimento dos aspectos subjetivos e sociais da pessoa em sofrimento psíquico e de sua família, trazendo à tona as singularidades do território em que vive e com quem se relaciona. Dessa forma, a história de cada pessoa é um elemento importante para a constituição do protagonismo no processo de atenção em saúde mental, por isso a contribuição que o campo da saúde mental oferece a APS é fortalecer a integralidade como princípio do SUS³. Destarte, a APS está em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e torna-se o locus potencial de atenção a pessoa em sofrimento psíquico.

Entretanto, a APS como porta de entrada recebe uma população com variáveis tipos de queixas, problemas, necessidades, desejos e demandas que por vezes uma escuta profissional apressada, ou com frágil orientação teórico-crítico-reflexiva ou com um fluxograma de

acolhimento indefinido, pode mistificar uma realidade ao ponto de reduzir o sofrimento humano e sua complexidade.

Sabe-se que documentos, normativas, diretrizes entre outros, são demarcações intencionais do contexto sanitário de uma realidade local (gestor e profissionais) que se espera que os trabalhadores executem. Logo, conceitos estruturantes, a exemplo do termo demanda, devem estar esclarecidos, de modo que não sejam naturalizados para guiar a prática clínica.

Diante disso, a exemplo do município de Florianópolis, há o documento relativo a Carteira de Serviços que ordena a Atenção Primária em Saúde e “que define normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de atenção primária”^{4:5}. Este documento define que a realização dos atendimentos à população deve acontecer através de demandas espontâneas e programadas, e ainda através de busca ativa por parte das equipes.

Além do documento normativo citado, outros documentos do MS e artigos científicos ao aprofundar a temática de saúde mental na APS, trazem corriqueiramente o termo “demanda em saúde mental”, porém a qual demanda se referem?

O objetivo deste estudo é analisar a concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde através de uma revisão integrativa de literatura.

A relevância da proposta deste estudo consiste na contribuição para a reflexão dos trabalhadores da APS sobre o acolhimento e cuidado. Entende-se que nos atendimentos escuta-se a demanda e se intervém com o objetivo de resolver o máximo de problemas no local e de singularizar a relação, superando os tradicionais atendimentos

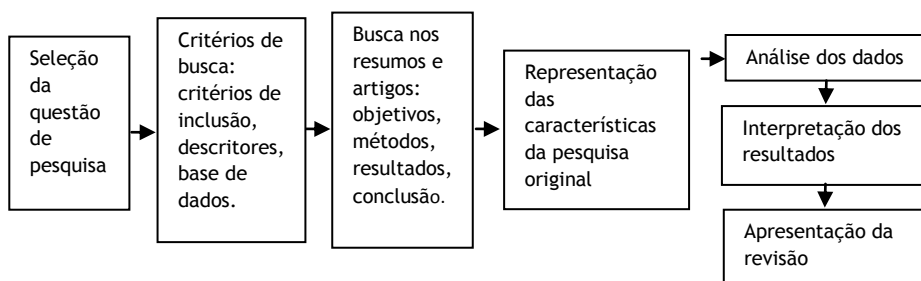
eventuais despersonalizados⁵, ou seja, a desmistificação conceitual de demanda pode qualificar diretamente a integralidade do cuidado.

O acolhimento é importante pois, a APS tem a vantagem de ser menos carregada com os estigmas que cercam os serviços de saúde mental, mas parece que nela os profissionais ignoram isso para reconduzir sempre o usuário (seja de saúde mental ou não) ao lugar de doente, ou seja, recriam o dispositivo mais tradicional dentro do serviço que potencialmente poderia fazer a diferença.

Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RI) referente à concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) sustentada no referencial metodológico de Ganong⁶. O método da revisão integrativa seguiu os seguintes passos:

FIGURA 1: Percurso metodológico utilizado na construção da revisão integrativa



Fonte: Adaptado de Ganong⁶

A busca pelos artigos e as escolhas dos descritores contou com auxílio de uma bibliotecária. As bases de dados pesquisadas foram Scielo Brasil, BDEF, LILACS e Index Psi. Foram utilizadas trinta palavras chaves para que o escopo de artigos fosse ampliado, são elas: Saúde mental, transtorno mental, transtornos mentais, doença mental, doenças mentais, atenção psicossocial, atenção psicossociais, transtorno psicossocial, transtornos psicossociais, demanda, Atenção Primária à Saúde, Serviços Básico de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária, Atenção Básica, atendimento primária, cuidados primários, Centro de Saúde, Centros de Saúde, NASF, PSF, ESF, Unidade básica de saúde, Estratégia da saúde da família, Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Familiar, Estratégia Saúde Familiar, Programa saúde da Família, Programa de Saúde Familiar, Programa de Saúde da Família.

Com esta combinação agregou-se 190 artigos, distribuídos em 117 na base de dados do LILACS, 30 do Scielo Brasil, 23 da Index Psi e 19 do BDEF. Para a escolha dos artigos a serem pesquisados os critérios de inclusão foram: estarem indexados, nacionais, que respeitassem a particularidade da concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro. O período delimitado foi entre os anos de 2001 a 2014 devido a este recorte temporal contemplar o início da Lei 10.216⁷, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, sancionada no ano de 2001. A partir desta data a saúde mental tem se desenvolvido com mais investimento na APS⁸.

Foram excluídos os artigos cujo método ou objetivo não estivessem claros, artigos duplicados, teses, dissertações, trabalhos de

conclusão de curso, materiais publicados em outros idiomas e estudos que não correspondessem ao escopo delimitado para este artigo.

A partir da aplicação metodológica, este estudo contemplou 14 artigos que se relacionassem com seu objeto. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, e para auxiliar na análise dos dados foi elaborado uma tabela previamente definida que incluía: a identificação do artigo original, ano de publicação, objetivo da pesquisa, abordagem de demanda em saúde mental, discussões, resultados, conclusões, recomendações, local e participantes.

Para realizar a análise das informações encontradas foi seguido o método de análise de conteúdo proposto por Minayo⁹, que consiste em três etapas: a) pré-exploração do material ou leitura flutuante, nesta etapa separa-se o corpus de análise durante a leitura dos resumos; b) seleção das unidades de análise ou significado, que consiste nos recortes textuais que fazem sentido ao objeto de estudo, neste estudo a “demanda de saúde mental na atenção primária à saúde”; e c) processo de categorização e subcategorização.

Resultados

Foram analisados 14 artigos que seguiram os critérios de inclusão e exclusão pré-determinado pelo método da Revisão Integrativa, conforme quadro a seguir.

QUADRO 1: Artigos incluídos na revisão integrativa

Identificação do artigo	Título
A1	Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima, LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Revista Interface. P.61-74, 2014
A2	Tavares LB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em centros de saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. Rev. Brasileira Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v.8, p.35-42, 2013
A3	Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HA de C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Rev. Ciência&Saúde Coletiva, v.17, n.3, p. 653-660, 2012.
A4	Souza J, Luis MV. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. Acta Paul Enfermagem. 2012.
A5	Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, Silva RA, Pinheiro RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev. Psiquiatria Clínica, 2012.
A6	Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012.
A7	Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.12, n.4, p.1022-1034, 2012.
A8	Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, n.1, p. 48-67, 2010.

A9	Camuri D, Dimenstein M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.803-813, 2010.
A10	Baroni DPM, Fontana LM. Ações em saúde na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. Revista Mental. V.12, p.15-37, 2009.
A11	Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O Apoio Matricial em Unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.
A12	Martins AKL, Braga VAB, Souza AMA. Prática em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. Rev. Rene Fortaleza, v.10, n. 4, p. 165-172, 2009.
A13	Soares TC. "A vida é mais forte do que as teorias" O psicólogo nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Rev. Psicologia Ciência e Profissão, v. 25, n. 4, p. 590-601, 2005.
A14	Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Santos YF, Moraes, C. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família. Rev. Mental. Barbacena, ano III, p.33-42, 2005.

O principal local de produção dos artigos se concentrou no Nordeste com oito estudos (57,1%). Seguido pela região Sudeste com quatro publicações (28,5%), os outros dois artigos na região Sul (14,2%). Referente aos anos de publicações o mais antigo é datado de 2005 e o mais recente publicado em 2014. Em 2012 ficou centralizado o maior número de artigos, perfazendo cinco estudos (35,7%), em 2009 foram publicados três artigos (21,4%). Os demais foram divididos nos anos 2005, 2010, 2013 e 2014.

No que se refere ao tipo de estudo, 11 foram pesquisas de campo (78,6%) e três estudos bibliográficos (21,4%). 12 dos 14 artigos

selecionados eram de abordagem qualitativa (85,7%), um qualitativo e outro quantitativo, demonstrando que a abordagem qualitativa é mais utilizada no que se refere ao presente objeto pesquisado.

A partir dos resultados descritos foi possível apontar duas categorias de análise: a) concepção interparadigmática de demanda em saúde mental na APS e b) desafios para respostas às demandas em saúde mental na APS. Essas categorias sistematizam a discussão e apresentam um panorama geral dos resultados encontrados nos artigos selecionados a respeito da concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Discussão

A partir da apreciação do quadro sinóptico foram construídas duas categorias de análise que melhor sistematizassem a discussão da concepção de demanda em saúde mental na APS. Em um primeiro momento será tratada a concepção interparadigmática de demanda em saúde mental na APS, posteriormente os desafios para as respostas às demandas em saúde mental na APS.

Concepção interparadigmática de demanda em saúde mental na APS

Ao abordar a concepção de demanda em saúde mental partiu-se do princípio de que não se trata de uma conceituação estática ou inquestionável. Dessa forma, se fez necessário abarcar a complexidade que se apresenta nesta proposta. A complexidade não deve ser

compreendida como complicação, mas sim “reporta ao problema ético das relações entre os homens e para com a natureza, porque coloca o problema do pensar e agir em termos de relações e não de objetos”^{10:33}. Neste sentido, considerar uma proposta epistemológica como totalmente suficiente para responder ao questionamento aqui proposto seria desconsiderar que a concepção de demanda em saúde mental na APS é constituída pela relação de elementos distintos (cultural, social, político), porém característico do todo.

Destarte, qualquer tentativa de homogeneização epistemológica pode significar a redução da “complexidade dos fenômenos ao que pode ser abordado pelas regras do discurso de um campo de saber que se pressupõe central, ou de um único paradigma dentro de um mesmo campo de saber”^{11:38}. A pluralidade de perspectivas apresentadas neste estudo evidencia o dinamismo e o movimento político, social e cultural que a permeiam.

Demanda é ação de demandar, ato de buscar, procurar, também pode ser compreendido como pedir¹². Nos artigos pesquisados, observou-se que o termo demanda tem sido utilizado de forma corriqueira na APS, pois é ausente uma reflexão epistemológica e teórico-crítica sobre o processo histórico da forma como a ciência se utiliza de sua apropriação teórico-prática. Significa que a compreensão do termo demanda fica restrita ao senso comum de queixa de forma acrítica. Esta observação também é válida para os documentos oficiais do Ministério da Saúde, a exemplo do Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental¹³, que afirma apresentar e discutir “as principais demandas em saúde mental”, sem assinalar uma concepção teórico-metodológica de demanda.

Em uma perspectiva crítico-reflexiva, a Psicanálise Freudiana faz a distinção de necessidade e demanda, onde a primeira tem sempre um objeto que a satisfaz, como o alimento atende a necessidade da fome. Na segunda há sempre um pedido de restituição de um estado anterior que o sujeito supõe existir ou ter existido, antes de tudo a demanda é formulada e endereçada ao Outro¹⁴. A demanda não visa a um objeto e sim ao Outro a quem se dirige a fala, pois a “demanda está para além e para aquém de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa (...) o que quer dizer a demanda para além do que ela formula”^{15:353}.

A Análise Institucional se aproxima da concepção de demanda instituída pela psicanálise, quando afirma que “o usuário demanda isso, mas não sabe que, na verdade, demanda outra coisa” ^{16:94}. Entretanto, este mesmo autor vai além ao descrever que “não existe demanda espontânea e natural, nem universal, nem eterna, pelo contrário, ela é produzida pela oferta”^{16:94}, ou seja, existe algo anterior à demanda: a oferta.

A demanda não existe por si. Quando alguns psicanalistas falam hoje em análise da demanda como a expressão do desejo, eles não têm aparelho teórico para pensar que o processo não começa aí, que essa demanda de análise foi produzida pela oferta prévia da análise^{16:60}

Ao verificar como a concepção de demanda em saúde mental na APS apareceu nos artigos aqui estudados, é notória que elas foram descritas, principalmente, pelas categorias nosográficas e de diagnóstico psiquiátrico, expressos nos seguintes trechos:

... há evidências de alta prevalência de demanda em saúde mental na atenção primária no Brasil dentre a população atendida, caracterizada em grande parte por casos de quadros depressivos e ansioso-leves^{A12:166}.

As demandas médico-sociais identificadas nos grupos focais como sendo as mais frequentes nas comunidades atendidas foram relacionadas ao uso de drogas ilícitas, violência doméstica, alcoolismo e a depressão^{A6:887}.

Demanda de saúde mental não tem no SIAB, é uma coisa que a gente desde começo questionava porque realmente tem aparecido muita gente. É uma doença que tem aumentado absurdamente, sobretudo em se tratando de depressão, mas a gente não tem onde colocar isso no SIAB^{A4:854}.

A partir da concepção de demanda de Baremlitt¹⁶ e das principais demandas em saúde mental na APS que foram citadas nos artigos aqui estudados, é necessário compreender a epistemologia das nosografias psiquiátricas, ou seja, abranger o que há anterior a demanda: a oferta criada.

Desde a antiguidade busca-se agrupar as enfermidades humanas, a nosografia (*nosos*: doenças; *graphein*: descrição) e a nosologia (*nosos*: doença; *logo*: ciência) tratam da classificação e definição das diversas características das doenças. Distintos congressos e conferências discutiram a nosografia a nosologia e, em 1900, se conveniu a Classificação Internacional de Doenças (CID- I), mantida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde então, a CID vem sendo revista periodicamente, atualmente estando em sua 10ª revisão¹⁷.

Em saúde mental, ainda sobrepujada pelo saber médico psiquiátrico, se tem, desde 1952, o Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM, recentemente em sua 5ª revisão. Os diagnósticos em psiquiatria sofrem diversas mudanças, o que é considerado normal numa determinada época pode ser considerado patológico em outra, exemplo disso é a homossexualidade considerada patológica até 1994. Cada edição reflete o contexto político, social e cultural da época do seu lançamento¹⁸.

Dessa forma, as concepções de demanda em saúde mental apresentadas nos artigos estudados foram influenciadas pelo paradigma biomédico através da classificação dos diagnósticos psiquiátricos e, ao longo dos anos, esta concepção sofreu influências estruturais conforme o contexto social do período. É importante salientar que não existe a intenção de minimizar o saber biomédico, e sim ressaltar que as demandas atuais são também produtos de uma sociedade associada ao seu modelo de produção que, no Brasil, o capitalismo. A relação entre o Estado, Mercado e Sociedade é permeada pela luta de classes, logo, entende-se que os interesses da produção e do lucro a priori, que no campo da saúde é observado pelo complexo médico financeiro, é mais valorizada em detrimento a subjetividade humana e bem estar do sujeito em sofrimento psíquico. Assim sendo, esse sujeito não se reconhece na sua demanda, pois não é uma construção dialética, onde o sujeito demandante participa da produção da sua demanda, mas sim, unilateral e verticalizada, pois “as pessoas estão solicitando uma coisa, mas o que elas querem obter é outra”^{16:98}. Este contexto ideológico se reproduz nas relações sociais e salienta-se que a crítica e o questionamento a demanda pelo profissional deve ser realizada também sob a estrutura social.

Compreende-se que as demandas expressas nos artigos analisados são previamente determinadas e influenciadas pelas ofertas predominantes em saúde mental, a que seja os diagnósticos médico-psiquiátricos e as variáveis de tratamentos, tal como a busca pelo especialista, os pedidos e encaminhamentos para internações e principalmente o uso de medicamentos. Cabe, portanto, ao profissional o reconhecimento que o sujeito demanda para além ou aquém do pedido verbalizado.

Ainda é necessário atentar ao termo “transtorno mental”, recorrente nos artigos como sinônimo de demanda em saúde mental, que produz a dicotomia entre os transtornos físicos e mentais, também corroborado pela classificação dos manuais, já que estes se apresentam de forma isolada e fragmentada. Segundo Baremlitt, “a realidade com que trabalhamos vem toda junta”^{16:95}, as divisões em especialidade só existem dentro da estrutura atual das equipes, mas não para a demanda do usuário.

São comuns nos estudos encontrados os autores apontarem que os profissionais das unidades de saúde fazem a dicotomia entre generalista e especialista, fragmentando a integralidade em saúde, reforçando a dissociação entre os transtornos mentais e físicos. Isso fica expresso nos trechos dos artigos analisados:

Nas ESFS pesquisadas isso se reflete de duas maneiras: o encaminhamento da demanda em saúde mental aos serviços/profissionais especializados e a prescrição de receitas psiquiátricas. As médicas do posto geralmente encaminham

para um especialista, porque elas não podem ficar prescrevendo esses medicamentos, né? Então, tem que realmente encaminhar para um especialista^{A11:68}

Eu vim porque o doutor do posto disse que não podia me atender lá, não sabe, que não era o tipo de trabalho dele o meu caso. Nem os remédios eles queriam me dar lá, sabe? Ele me deu um papel e me mandou pra cá. (usuário)^{A1:67}

A APS é um cenário privilegiado no acolhimento de demandas em saúde mental, uma vez que visa compreender e atuar com o conceito ampliado de saúde, onde fatores econômicos, políticos, culturais e as expressões da questão social se relacionam no processo saúde/doença, podendo evitar práticas de intervenções que levem a psiquiatrização, a fragmentação dos atendimentos, a medicalização social, a culpabilização do sujeito e as internações desnecessárias, contribuindo para a consolidação da reforma psiquiátrica.

Portanto, a concepção de demanda em saúde mental na APS é mais ampla e significativa do que apenas classificações diagnósticas ou pontuais expressões da questão social, ela é, também, produto da miséria e exploração impostas à maioria da população, das políticas públicas inadequadas, das relações de produção capitalista e do próprio paradigma biomédico que influencia a prática dos profissionais cotidianamente das experiências humanas sob sua prática.

Desta forma, para a compreensão da concepção de demanda em saúde mental na APS é necessário à leitura e apropriação das forças antagônicas em jogo no espaço socioeconômico e cultural em que o

sujeito está inserido. Para traduzir a concepção de demanda advinda de um pedido ou queixa é necessário reconhecer além da influência da oferta que é anterior à demanda¹⁶, também é necessária a reflexão acerca daquilo que o sujeito busca como restituição de um estado anterior e para quem ele endereça sua demanda¹⁴.

Os desafios para as respostas às demandas em saúde mental na APS

Entende-se que a partir do princípio de que a concepção de demanda em saúde mental na APS é mais ampla e abrangente do que um conjunto de sintomas descritos pelos usuários e classificados pelo paradigma biomédico é preciso refletir a respeito das respostas dadas a esta demanda, uma vez que essas respostas são diretamente proporcionais ao que se compreende da concepção de demanda para o campo da saúde mental.

Nesse sentido, a análise do material coletado indica que as respostas dadas as demandas abordadas nos estudos foram consoantes com a concepção restrita de demanda. Uma vez que prevaleceram nos estudos os excessos de prescrição farmacológica, encaminhamentos para internação psiquiátrica e a busca pelo especialista, em geral o psiquiatra, como as principais intervenções dos profissionais, conforme trechos a seguir:

Contudo, observamos, a partir das narrativas dos trabalhadores entrevistados, que eles não se sentem preparados para o cuidado com essa demanda (...) o que o corre é um encaminhamento para o psiquiatra da Unidade Integrada de Saúde e as equipes ficam apenas renovando as receitas^{A9:810}.

É possível observar que a medicalização dos sintomas ainda é uma prática comum na ESF, aonde as constantes renovações de receitas vêm denunciar a tentativa de tornar “médico” aquilo que é da ordem do afetivo, do existencial. Busca-se responder às situações do cotidiano, sofrimentos, desamparo, questões sociais, políticas e econômicas, de forma a enquadrá-la em alguma patologia ^{A8:58}

Serviços de atendimento à saúde mental, têm como finalidade resolver crises vitais e remover sintomas agudos em quadros de transtornos mentais, propiciando melhor adaptação do indivíduo à sociedade e ao trabalho, bem como dando apoio para o melhor enfrentamento das situações desadaptativas. Da mesma forma, intervenções farmacológicas devem ser consideradas em casos de maior severidade e de maior complexidade ^{A5:196}

Afirma-se que existe uma transformação da demanda a partir da oferta, ou seja, a oferta delinea a demanda porque o profissional não consegue escutar outra coisa senão aquilo que está colocado como possível para o atendimento. Assim, o primeiro desafio constitui no ato de complexificar a concepção de demanda em saúde mental. O sujeito em sofrimento psíquico ao adentrar uma porta de um serviço da APS ele acaba por se institucionalizar, ou seja, sua subjetividade é cooptada através de protocolos inflexíveis e procedimentos rígidos que normatizam as formas de lidar, olhar e sentir a pessoa em seu sofrimento. Passa a lidar com o objeto doença e não mais com a pessoa humana. Isso expressa que há uma simplificação da demanda que é por

si complexa, pois se trata do ser humano com sua subjetividade.

Dessa forma, o profissional necessitará se questionar e se implicar com sua própria concepção de demanda, pois para Amarante¹⁰ o conhecimento deve ser estendido quanto a seu marco teórico, à filosofia, ao saber complexo e transcendental, ao conhecimento sobre a alma, as paixões, a moral e a cultura, este arcabouço de saberes amplia as respostas ao sujeito em sofrimento psíquico. Aqui expressa o segundo desafio, onde para se responder a complexa demanda do usuário, o profissional precisará reconhecer sua própria demanda seja de conhecimento, aperfeiçoamento, tempo, dedicação, relação de forças institucionais, entre outros.

Assim, para que o profissional responda as demandas em saúde mental, Basaglia orienta que a princípio se deve colocar “entre parênteses” a doença e as suas classificações para compreender a pessoa na “modalidades humanas”^{19:309-10}. Amarante¹⁰ afirma que o princípio de colocar a doença entre parênteses é reconhecer a singularidade da pessoa doente, ou seja, não se ocupar da doença como o saber psiquiátrico determina, mas sim atentar-se aos aspectos que se construiu ao redor dela, colocar vistas para o sujeito e não para o conjunto de sintomas e diagnósticos. As queixas e sintomas relatados pelo usuário ao profissional expressa o real vivido pela ótica do sujeito, e podem ser denominadas de necessidades. Entretanto, a concepção de demanda está no campo do simbólico, ou seja, aquilo que não é dito, mas expresso através de símbolos e representações, para além do que é verbalizado.

Para buscar uma nova resposta ao conceito ampliado de demanda em saúde mental na APS é preciso que os profissionais estejam atentos para além das queixas ou necessidades expostas no

momento do acolhimento e cuidado deste sujeito. Que os sintomas, diagnósticos e medicações não sejam mais importantes que a história, que o discurso, que o desejo e as vontades da pessoa em sofrimento. É fundamental a escuta qualificada, ou seja: valorizar sua fala, seu silêncio, gestos, olhares e o que mais vier permear o momento de acolhimento, contextualizado com seu meio cultural, econômico, político e social, para dar respostas criativas e adequadas a cada sujeito, buscando o bem estar, a inserção social e principalmente o direito a saúde. Para Rodrigues e Brognoli²⁰ esta forma de acolhimento permite a formulação de um diagnóstico situacional, evitando as classificações dos sintomas e diagnósticos nos padrões CID 10 e/ou DSM.

O terceiro desafio está na compreensão por parte do profissional que seu processo de trabalho é regido pela lógica produtivista, da quantificação e coisificação, o que contribui para a concepção reducionista da demanda em saúde mental. Isso se confirma na produção por números de atendimentos, condições inadequadas da estrutura física ou a falta delas nos centros de saúde, nos baixos salários pagos aos profissionais de saúde. A simples compreensão da lógica em que estão inseridos não é capaz de vencer esse desafio, é preciso buscar a emancipação profissional, articulação com as demais categorias e mobilização social contra a precarização do sistema de saúde público. Vencer a inércia da reprodução para a construção e produção de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Considerações Finais

Constatou-se que a concepção de demanda em saúde mental na APS é mais ampla e complexa do que as queixas e conjuntos de sintomas verbalizados nos acolhimentos em saúde, ela é uma construção psicossocial do sujeito com interlocutores, permeada de subjetividade e diretamente influenciada pela estrutura do contexto na qual está inserida. Para ampliar o olhar e compreender a demanda para além da queixa não existe uma configuração cartesiana que indique a direção. É preciso buscar formas críticas e substitutivas ao senso comum, aos manuais de modelo biomédico e ao niilismo atual. O desafio é conviver com as respostas parciais e inacabadas, suportar lacunas, porém na aposta de que serão construídas respostas na medida que forem surgindo novas perguntas.

Com isso, para operar transformação a respeito da concepção de demanda em saúde mental, inicialmente, é necessário que o profissional reconheça o seu desejo de alterar o *status quo*, o que implica uma função subjetiva, ou seja, pulsar por um processo de desalienação do profissional de saúde e, posteriormente, enfrentar os desafios relatados neste artigo através dos saberes já acumulados (psicanálise, filosofia, sociologia, política) e aos ainda por serem desenvolvidos.

Portanto, destaca-se que para uma Reforma Psiquiátrica efetiva não basta modificar o espaço físico de atendimento do sujeito se não alterar as concepções que permeiam este meio, transformar o reducionismo, os preconceitos, investir em conhecimento e autonomia profissional são partes *sine qua non* desse movimento. É preciso transformar espaços de governo na medida em que os profissionais

exercçam a dimensão ética e política. Caso as transformações não alcançarem também os profissionais, usuários e sociedade corre-se o risco de manter o velho com novas roupagens.

Entende-se que a contribuição à comunidade acadêmica no campo da saúde mental e saúde coletiva, com este estudo, consiste em apontar que as produções pesquisadas indicam uma linearidade paradigmática sobre o termo demanda. Esta investigação possui significado na medida que pode provocar a prática profissional ao interrogar um termo amplamente divulgado e ao mesmo tempo simplificado. Os limites deste estudo abrangem uma realidade estudada, qual seja, produções científicas no Brasil e em um determinado momento específico. Recomenda-se que mais estudos possam ser realizados na relação demanda e integralidade em saúde na perspectiva da complexidade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
4. Florianópolis. Secretária Municipal de Saúde. Carteira de serviços da atenção primária à saúde. Florianópolis: Secretária Municipal de Saúde; 2014.
5. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. Lancetti A, organizador. Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família, número 7. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2013. p.11-52.
6. Ganong LH. Integrative review of nursing research. Rev Nursing Health, 1987 Febr; 10(1):1-11.
7. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.
8. Porto KF. Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas Departamento de Saúde Coletiva; 2012.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª. São Paulo: Abrasco; 2007.
10. Amarante P. O homem e a serpente outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
11. Vasconcelos EM. Complexidade e pesquisa interdisciplinar epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.
12. Aurélio O. Minidicionário da língua portuguesa. 4ª ed. 7ª impressão. Rio de Janeiro: Aurélio; 2012.
13. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica nº 34 Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
14. Quinet A. A descoberta do Inconsciente: do desejo ao sintoma. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar; 2011.
15. Lacan J. O Seminário livro 7 a ética da psicanálise. Rio de

- Janeiro: Jorge Zahar; 1988.
16. Baremlitt G. Compêndio de Análise Institucional. Rio de Janeiro: 3^a ed., Rosa dos Tempos, 1996
 17. Vaschetto E. Epistemologia Y Psiquiatria: relaciones peligrosas. 1^a Ed. Bueno Aires, Polemos, 2012.
 18. Burkle TS. Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2009.
 19. Basaglia FO, organizador). Dalla psichiatria fenomenológica all’esperienza di Goriza. Torino: Einaud; 1981.
 20. Rodrigues J, Brognoli FF. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. Cad Bras Saúde Mental. 2014; 6(13):61-74.